

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André PAROT

Né le 18 Décembre 1912, à Guéret (Creuse).

**Cure prolongée par choc insulinique
dans certains syndromes schizophréniques**

Président : M. H. CLAUDE, Professeur.

PARIS

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL (V°)

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André PAROT

Né le 18 Décembre 1912, à Guéret (Creuse).

**Cure prolongée par choc insulinique
dans certains syndromes schizophréniques**

Président : M. H. CLAUDE, Professeur.

PARIS

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL (V°)

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
GAYET Physiologie.
DE GENNES .. Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
FORTES Obstétrique.
RENARD Ophthalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUENIOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULE.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
ECALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

*En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance pour tout ce que je leur
dois.*

A MA FEMME

*Dont la pensée constante a soutenu mes
efforts.*

A MES GRANDS PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA SŒUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE CLERMONT-FERRANT

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

AU DOCTEUR BONHOMME

AU DOCTEUR RUBENOVITCH

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

*Dont les conseils m'ont guidé et qui m'a
permis de puiser dans ses notes cliniques
la documentation de ce travail.*

AUX MIENS ET A MES AMIS

INTRODUCTION

I.

Parmi les nombreuses méthodes proposées pour le traitement des syndromes rattachables à la notion de schizophrénie ou de démence précoce, c'est celle du choc insulinique qui semble s'imposer avec le plus de faveur, actuellement.

Il semble qu'aucune autre méthode ne puisse lui être comparée par le nombre des rémissions obtenues. Aux yeux de certains auteurs, et nous sommes de ceux-là, elle a transformé le pronostic de certaines formes de schizophrénie.

Cette méthode est l'aboutissant d'une série de recherches entreprises par le Docteur MANFRED SAKEL, adjoint au Docteur PÖTZL à la clinique de Vienne, à partir de 1928 ¹.

Ses premiers travaux concernaient l'étude de l'action de l'adrénaline dans certains états caractérisés par des troubles neuro-végétatifs. SAKEL fut amené à formuler une hypothèse expliquant les symptômes d'abstinence chez les morphinomanes. Cette hypothèse est la suivante : « Les symptômes d'abstinence chez

(1) SAKEL. Pathogénie et traitement des « états de besoin » des toxicomanes. (La Vie Médicale, N° 10 et 11, 1937).

les morphinomanes, sont dûs au fait que les cellules nerveuses fixent, après l'abandon de la morphine, une proportion excessive de substances excitantes (adrénaline). Dans ces conditions, elles ne peuvent plus satisfaire aux échanges normaux d'hydrates de carbone. Aussi., voyons-nous souvent, au début du sevrage, des glycémies inférieures à la normale ». Telle fut, dit SAKEL, son hypothèse de base. En réalité, il semble bien que la part empirique fut très importante dans sa découverte, ce qui à nos yeux, ne lui retire rien de son mérite². Ayant, en effet, observé l'effet calmant de l'insuline, sur l'excitation psychique des morphinomanes en cure de désintoxication, il essaya empiriquement l'insuline sur certains schizophrènes agités, et observa des améliorations surprenantes à la suite de certains chocs insuliniques accidentels.

C'est ainsi que, presque fortuitement, il aurait découvert que le choc insulinique semblait avoir une action non seulement sédative, mais même curative sur le syndrome schizophrénique lui-même.

En 1935, SAKEL² publie les premiers résultats obtenus dans le traitement des schizophrénies, et depuis, la méthode du choc insulinique s'est répandue dans le monde entier.

Disons immédiatement qu'il n'y a rien d'absolument systématique dans cette méthode. Les étapes du traitement ne peuvent en réalité être fixées

(1) SAKEL. Historique de l'origine du traitement de la schirophrénie par le choc insulinique. (Encéphale, Avril 1938), p. 153.

(2) SAKEL. Nouvelle méthode de traitement de la schizophrénie. Chez M. Perles, Vienne, 1935.

d'avance, quoi qu'ait pensé à ce sujet SAKEL au début de ses recherches. Lui-même a fini par reconnaître la part que l'observation personnelle et l'intuition du médecin traitant doivent prendre pour régler et adapter la conduite du traitement à chaque cas individuel ¹.

II

Le traitement de certaines psychopathies par la méthode des chocs insuliniques répétés connaît le sort réservé à toutes les thérapeutiques qui bouleversent les notions bien enracinées touchant l'incurabilité des psychoses. On a encore présentes à l'esprit les discussions provoquées par les premiers essais d'impaludation des paralytiques généraux, et notamment les interprétations données par certains auteurs des résultats heureux obtenus par cette méthode : les malades guéris ou améliorés par l'impaludation ne « pouvaient » être des paralytiques généraux, seuls pouvaient être améliorés des malades atteints de simple syphilis cérébrale et non de paralysie générale.

Les résultats, bientôt admis par tous, des constatations biologiques fournies par la ponction lombaire, mirent enfin tout le monde d'accord : la paralysie générale « authentique » pouvait être guérie ou améliorée par la pyrétothérapie paludéenne.

(1) SAKEL. Technique du traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire. (Wien. Med. Wochens., 23 oct. 1937).

Il y eut alors la période d'enthousiasme. On se mit à impaluder tous les paralytiques généraux, bien souvent, avec quelque imprudence, en négligeant quelque peu, l'examen des cas favorables, et des techniques les mieux appropriées à chaque cas. Et, peu à peu, en présence de résultats un peu décevants, on se prit à douter de l'efficacité de la méthode. En réalité, il semble qu'il faille, en psychiatrie, comme en médecine générale, s'efforcer de ne pas perdre le sens d'une juste mesure, et surtout de ne faire promettre à une méthode donnée que ce qu'elle peut rendre. Faute de quoi l'on voit la même méthode, proclamée admirable par certains, inefficace ou même nuisible par d'autres. En réalité dans ces cas, on s'aperçoit, après examen minutieux des faits, que les divers auteurs ne parlent pas des mêmes malades, ou envisagent des techniques si différentes que leurs divergences d'opinions sont en somme plus apparentes que réelles.

A ce point de vue, ce qui se produit au sujet du traitement des syndromes schizophréniques par le choc insulinique est fort instructif. Nous n'avons pas l'intention d'exposer les opinions différentes touchant l'efficacité de cette méthode. Nous dirons simplement qu'elles sont très contradictoires, et que le lecteur de bonne foi a une certaine difficulté à se faire une opinion d'après la lecture des résultats dont les publications se multiplient rapidement.

Nous croyons qu'il convient de n'attribuer qu'une importance limitée aux conclusions basées sur les

données des statistiques chiffrées. Chaque cas de schizophrénie possède, au point de vue étiologique, pathogénique, évolutif, une individualité tellement marquée, qu'il est très difficile de rassembler sous des étiquettes sommaires, des syndromes si différents. Par ailleurs, l'expérience que nous acquérons dans la méthode par choc insulinique, nous convainc, chaque jour davantage, qu'il ne peut exister une technique unique s'appliquant à des cas si divers. Il faut renoncer à établir ce que les médecins américains appellent (sans intention péjorative) une « routine » pour ces méthodes, c'est-à-dire une technique « standardisée ». Ce qui ne revient pas à dire qu'il ne faille pas agir sans méthode. Bien au contraire. Mais il faut se dire que la méthode idéale consiste à trouver pour chaque cas la modalité de traitement qui lui convient.

Pour cela, il convient d'adopter certains principes dont on s'appliquera à ne pas dévier.

Le principe essentiel de la méthode par choc insulinique nous paraît être le suivant : suivre un processus de traitement qui permette de déterminer pour un cas donné l'intensité de choc qui lui convient le mieux. Un corollaire immédiat doit suivre ce principe, si l'on conserve, comme il se doit, l'esprit médical : s'efforcer, quelle que soit l'intensité du choc nécessaire, d'exposer, aussi peu que possible, le malade à subir des complications ou des lésions irréversibles pouvant mettre sa vie en danger.

III

Ces principes étant admis, il faut éviter un écueil qui guette tous ceux qui ne sont pas familiarisés avec une méthode assez impressionnante. Cet écueil consiste à se montrer trop timoré, à manquer une cure par timidité, parce qu'on n'aura pas osé atteindre l'intensité de choc nécessaire, ou la durée de traitement qui s'imposait. Déterminer l'intensité du choc n'est pas toujours facile. Mais par tâtonnements on peut y arriver, avec quelque expérience, sans trop de difficultés.

Il existe cependant des cas où le malade donne l'impression qu'il faudrait, pour maintenir et accentuer le petit progrès apparu transitoirement, fugacement après l'arrêt du choc, continuer celui-ci dans des limites qui fatalement créeraient des conditions propices à l'apparition d'un état grave.

C'est pourquoi, nous voyons apparaître depuis quelque temps, notamment en Lettonie¹ et en Amérique² des descriptions de techniques « nouvelles » consistant à laisser délibérément le malade en état de coma pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours...

Or, l'étude des quelques cas mortels rapportés par les auteurs³, a montré que presque toujours, la mort

(1) KRAULIS (Riga, Lettonie). Choc prolongé insulinaire dans la schizophrénie. Congrès de Berne. Avril 1937.

(2) J. M. NIELSEN, SAM INGHAM, K. O. VON HAGEN. Œdème pulmonaire et embolie comme complication du choc insulinaire. *Journal of American Medical Association*, 31 déc. 1938, p. 2455.

(3) NIELSEN, SAM INGHAM, K. O. VON HAGEN, *Loco citato*.

était survenue, non pas lorsqu'il y avait eu une dose trop forte d'insuline ou que le coma était survenu rapidement ou qu'il avait été profond d'emblée, *mais lorsqu'il avait duré longtemps.*

C'est lorsqu'un coma dépasse une certaine limite de durée que sont créées les meilleures conditions d'apparition des complications redoutables (spasme de la glotte, œdème pulmonaire, collapsus cardiaque) ou de mort par lésions irréversibles (au niveau du myocarde, des artères coronaires, du pancréas ou des centres encéphaliques ou bulbaires). C'est la durée d'un coma plus que sa profondeur qui le rend dangereux.

Il nous apparaît peu « médical » d'atteindre une pareille limite.

Par ailleurs, cela nous paraît inutile par principe. Il ne faut pas oublier, en effet, la loi physiologique essentielle de l'action de l'insuline : celle-ci agit par une *sommat*ion de ses effets. C'est pourquoi l'on obtient au bout de six semaines de traitement un effet analogue à l'effet obtenu au bout de trois semaines, mais avec une dose moitié moindre. Pour le résultat recherché, il en va de même : trente comas d'une durée moyenne de une heure ont une vertu thérapeutique supérieure à un coma profond prolongé pendant trente-six heures... Et trente-six heures consécutives de coma créent un danger évident que nous ne nous reconnaissons pas le droit de faire courir à un malade, susceptible, après tout, de guérir spon-

tanément¹. Nous ne pensons pas du tout que « l'efficacité de la cure soit en rapport avec le danger couru par le malade ». Nous ne voyons pas qu'il soit justifié d'introduire une hypothèse métaphysique pour rendre compte d'un phénomène physiologique, sous prétexte qu'il nous échappe.

Par ailleurs, il est évident que certains syndromes ne sont pas améliorés par un choc trop intense. C'est ainsi que nombre d'états catatoniques ne peuvent bénéficier que de chocs arrêtés à l'état précomateux, interrompus « au bord du coma ».

Beaucoup de ces états sont très longs à modifier. En outre, l'amélioration suit une ligne sinusoïdale qui fait qu'on a l'impression qu'une période d'aggravation fait suite à une période de lente amélioration. Si l'on interrompt alors la cure, on aboutit à un échec. C'est dans des cas de ce genre qu'il convient d'analyser minutieusement les phénomènes présentés, de façon à déterminer s'il existe des éléments nous incitant à poursuivre une cure qui paraît décevante.

Il faut reconnaître qu'il n'existe pas de critère nous permettant d'opposer des arguments précis au découragement qui peut nous envahir lorsqu'après huit ou douze semaines de traitement, l'état du malade apparaît stationnaire dans son ensemble.

Nous ne pouvons alors qu'invoquer des arguments

(1) FROMENTY. Les rémissions dans la schizophrénie. Leur fréquence et leur durée avant l'insulinothérapie. Encéphale, Tome I, 1937.

imprécis, dérivés d'impressions cliniques, toutes subjectives, où doit intervenir dans la « technique » insulinique tout ce qui tient à « l'art » médical et que seule l'expérience permet d'acquérir.

C'est en s'engageant dans cette voie, qu'il est possible, pour le moment, d'obtenir de la méthode découverte par SAKEL, le maximum d'efficacité.

Toutefois, nous devons reconnaître que, s'il est relativement aisé d'apprécier à quel moment la cure peut cesser, lorsqu'elle aboutit à un résultat nettement favorable, dans les délais habituels (huit à douze semaines), il est très difficile d'affirmer un échec, lorsque, dans ces délais, le progrès n'est que difficilement appréciable.

OBJET DE LA THÈSE

Nous nous proposons d'apporter deux exemples qui nous paraissent illustrer ce que nous venons d'exposer.

Ils semblent démontrer la nécessité qu'il y a, dans certains cas, de prolonger la cure sans se décourager, en lui faisant franchir, notablement, les limites habituelles au delà desquelles, la plupart des auteurs jugent qu'il est inutile de la poursuivre, si le résultat recherché n'est pas obtenu.

Nous tenterons de faire ressortir les éléments qui, dans ces deux cas, nous ont poussés à persévérer dans un effort de traitement ayant semblé, au cours d'une première série de chocs, aboutir à un échec, au moins relatif.

Nous sommes actuellement persuadé que la méthode de traitement par chocs insuliniques enregistrerait plus de succès à son actif, si l'on avait persévéré, dans certains de ces cas où l'amélioration ne se dessine pas franchement dans les délais habituels.

Nous n'apportons, à l'appui de notre thèse, que deux observations. Mais une observation, longuement exposée, ne peut-elle parfois posséder une valeur démonstrative, que n'offre pas une importante statis-

tique, donnant lieu à des interprétations aussi imprécises qu'innombrables ?

C'est cette pensée qui nous a guidé tout au long de notre travail.

*
**

La première observation est celle d'une malade ayant présenté un syndrome catatonique survenu au cours d'une évolution de type hétérophrénique.

La seconde observation est celle d'une malade ayant présenté une psychose de type paranoïde.

Chaque observation sera suivie de l'exposé du traitement subi.

Les conclusions seront déduites immédiatement des remarques suggérées par le processus d'amélioration ayant abouti, dans ces deux cas, à une rémission complète.

CHAPITRE III

OBSERVATION I

Yvonne de S., née en 1910.

Antécédents héréditaires : Mère bien portante. Père tuberculeux pulmonaire. Grand-père paternel mort à 61 ans (tuberculose osseuse). Une sœur bien portante.

Antécédents personnels : Aucune maladie grave. Réglée normalement. Brevet simple et supérieur. Etudes commerciales. Passe un an en Angleterre où elle apprend la sténo. A son retour, poussée de *pleurite*.

A 16 ans, épisode sentimental : fait en 1926 la connaissance d'un jeune homme, à qui elle s'attache, et qu'elle voit régulièrement jusqu'en 1931. La mère de la malade, pour des raisons d'ordre matériel, aurait fait échouer les projets de mariage des jeunes gens.

A la suite de cet épisode, la malade devient insupportable à la maison. L'atmosphère familiale est d'ailleurs troublée par des discussions de toutes sortes entre le père aigri par sa maladie et la mère devenue très nerveuse.

Elle part alors se réfugier chez un oncle, médecin en Belgique. Elle n'écrit pas à sa famille qui n'a de nouvelles d'elle que par les parents qui l'hébergent.

Début des troubles. En Juillet 1936, la sœur de la malade se rend en Belgique pour la voir. Yvonne lui confie qu'elle est très malheureuse « Ma tante et mon oncle ne voulaient pas que je te voie ». Sa sœur a l'impression qu'elle est traitée assez durement.

En Novembre 1936, un Dimanche après-midi, Yvonne

quitte brusquement le domicile de son oncle, se rend à la gare, monte dans un train en partance pour la France avec, dit-elle plus tard, « l'idée de se jeter par la portière ».

Dans le courant de son voyage, elle sort de sa poche une bouteille dont elle essaye de boire le contenu. Il s'agissait d'un poison dont sa tante se servait pour tuer les rats.

Le contrôleur, l'ayant trouvée bizarre, l'avait remarquée et la surveillait. A Paris il la confie à une personne qui la ramène chez sa sœur. Elle était très anxieuse, se croyait poursuivie, frappée par la disparition d'une bague de sa tante. Elle craignait d'être tuée par son père. Elle est contente pourtant de rentrer chez ses parents.

Mais bientôt elle devient triste, déprimée, pleure souvent dans sa chambre. Un jour elle s'arrête à la porte des amis chez qui elle était invitée, erre toute la journée dans les rues pour ne rentrer que le soir chez elle très fatiguée.

Quand elle accompagne sa mère, ne veut pas entrer dans les magasins, mais l'attend à la porte.

Elle devient indifférente à tout, sauvage, se sauve quand elle voit du monde, mange de moins en moins.

Pourtant elle reste très soignée, fait sa chambre, s'habille correctement, capable de soutenir une conversation.

Enfin le 10 juin elle refuse de s'alimenter, ne prenant que quelques fruits. Aussi le 21 juin 1937, elle entre en maison de santé. Au début, elle s'alimente, mais ne parle plus depuis son départ : à ce moment là voyant l'ambulance elle avait dit « Non, qu'André aille chercher un taxi ».

Au moment de l'alimenter par la sonde, la première fois, dit « oh non, pas la sonde ».

En Août et Septembre, elle est traitée par sulfo-chrysothérapie. Les accès fébriles sont peu importants, et le traitement n'amène aucune modification.

Internement.

Le 21 octobre 1937, elle est transférée au Service libre de la clinique de Sainte-Anne où elle est traitée par *électroproexie*. L'état général s'amende mais l'état mental reste stationnaire : il est caractérisé par un état catatonique complet.

Elle se laisse alimenter. A certains moments, elle paraît présente. Quand on lui dit des choses plaisantes, il lui arrive de s'animer, de sourire, mais en gardant la bouche obstinément fermée.

Ferme les yeux si on la regarde avec insistance.

Démarche raide, à petits pas, sans balancements des bras.

Lorsqu'on l'oblige à marcher, évoque par sa rigidité une parkinsonienne post-encéphalitique.

Le 23 novembre, devant ce tableau, elle est internée pour insulinothérapie.

Certificat d'internement : « Etat de dépression avec inertie complète, opposition, mutisme, alimentation difficile et gatisme intermittent. Syndrome moteur catatonique. Possibilité d'hébéphrénie (BOREL).

Certificat immédiat : « Mutisme complet, passivité, indifférence, déambule à petits pas, flaccidité cireuse, conservation des attitudes, inertie, gatisme, absence de toute vie de relation » (MICOUD).

Certificat de quinzaine : « Schizophrénie, catatonie, autisme, mutisme, gatisme, absence de toute vie de relation » (MICOUD).

Résumé des traitements antérieurs au traitement par choc insulinique :

A la maison de santé, du 28 juillet au 9 octobre : sulfosine et myoral. Réagit au bout de la 4^e piqûre après laquelle sa température dépasse 39°. Du 12 octobre au 20 avril : 15 unités d'insuline quotidiennement. A Sainte-Anne, au service libre : pendant 4 semaines consécutives, cinq séances hebdomadaire de pyrétothérapie par les ondes courtes, combinées d'abord avec huile camphrée et spartéinée, ensuite avec 10 unités d'insuline. Amélioration nette de l'état général, meilleur teint, reprise du poids. Mais état mental stationnaire.

ETAT MENTAL ET PHYSIQUE AU MOMENT DU
TRAITEMENT PAR CHOC INSULINIQUE :

Au point de vue mental : syndrome moteur catatonique au complet : flaccidité cireuse et conservation des attitudes,

signe de l'oreiller. Acné et séborrhée du visage. Mutisme absolu. Se laisse alimenter par certaines infirmières. Cependant ne gâte pas si l'on a soin de lui présenter régulièrement le bassin, et a des sourires adaptés.

Au point de vue physique : poumon, cœur, foie et réflexes normaux.

Acné et séborrhée du visage.

Les examens biologiques ne donnent aucun résultat anormal. La radiographie pulmonaire montre, à droite, un sommet obscur, avec une région sous-claviculaire marbrée et rétraction costale, un hile dense et une base louche (ancienne poussée de pleurite de ce côté).

Étant donné les antécédents héréditaires et personnels de la malade, et les résultats de l'examen radiographique, il est décidé de poursuivre le traitement par choc insulinique avec prudence et contrôle radiographique toutes les trois semaines.

TRAITEMENT PAR CHOC INSULINIQUE COMMENCÉ

LE 26 NOVEMBRE 1937.

Modification du comportement au cours de la cure.

1^{re} semaine :

La malade, qui est dans un état catatonique et de mutisme absolu, dès la première semaine paraît, au cours de l'hypoglycémie, plus souple, elle se retourne d'elle-même à plusieurs reprises pour qu'on lui prenne sa température.

Son visage est plus clair, l'acné diminue.

2^e semaine :

Elle reçoit au cours de la séance, la visite d'un médecin ami de la famille, elle le fixe, le suit du regard. Son expression est plus adaptée.

On note une diminution de la raideur et même quelques gestes spontanés du bras droit, suit du regard et sourit, mais la raideur réapparaît après la séance.

Son aspect physique est meilleur, elle s'alimente beaucoup plus facilement.

3^e semaine :

L'amélioration continue, elle ouvre les yeux, suit du regard, même dirige ses yeux vers la fenêtre pour regarder dehors. La raideur est en diminution, elle fait quelques mouvements spontanés de la tête.

A la fin de cette semaine on note les premières paroles; elle cherche à s'asseoir et tend les bras en disant : « aidez-moi, tenez-moi, j'ai faim, j'ai faim » mais ne répond que par monosyllabes aux questions qu'on lui pose.

Un autre moment on la trouve en train de pleurer, se laisse consoler et se tourne vers la personne qui lui parle. Mais la séance terminée, la malade redevient figée et mutiste.

4^e semaine : Elle veut bien changer de linge, consent à répondre aux questions qu'on lui pose par phrases brèves, courtes, quelquefois en style presque télégraphique : « N'aime pas bien sa mère, qui n'a pas été gentille avec elle, mais veut bien voir sa sœur. » Un jour de la 4^e semaine, on lui amène donc sa sœur au sortir d'un coma. Cette visite lui fait plaisir, elle a une conversation normale pendant un quart d'heure, demande des nouvelles de sa famille, embrasse sa sœur, *mange seule* de bon appétit mais la raideur réapparaît à la fin du repas qu'elle ne peut terminer spontanément. Cependant, les jours suivants, il faut recommencer à la faire manger, bien qu'elle se plaigne souvent d'avoir faim. Ce n'est que rarement qu'elle mange seule, après bien des exhortations.

Vers la fin de la cinquième semaine, on note des moues enfantines, des mimiques expressives, des gestes spontanés. *Bloquée à partir du moment* où on lui parle de sa famille : expression renfrognée, raideur, se tourne vers le mur, se bouche les oreilles.

Toutes ces modifications se situent au moment du choc et persistent quelques minutes après le resucrage. En dehors des séances, l'aspect catatonique paraît très peu modifié, quoiqu'il subsiste une légère souplesse.

Pour certaines raisons d'ordre matériel, le traitement est

alors interrompu (à la fin de la 5^e semaine) le 31 décembre 1937.

Reprise du traitement le 17 janvier 1938, après une interruption de 3 semaines, au cours de laquelle la malade est retombée peu à peu dans l'état initial : catatonie avec

- conservation des attitudes,
- stupeur,
- mutisme,
- ne gâte pas,

1^{re} semaine :

Garde à plusieurs reprises ses yeux grand ouverts, les referme dès qu'on s'approche du lit.

2^e semaine :

Ses mouvements se font plus souples, mange seule par moments.

3^e semaine :

Parle, pour dire qu'elle n'a pas bu tout le sirop qu'on lui donne pour arrêter la période d'hypoglycémie, mais présente une attitude renfrognée, regarde méchamment, à quelques mouvements de mauvaise humeur, allant jusqu'à se dresser d'un bond sur son lit, pour donner un coup de poing à une malade qui lui a touché les pieds.

4^e semaine :

Va seule à la salle de bains faire sa toilette, mange seule à peu près régulièrement.

5^e semaine :

Ses mouvements de mauvaise humeur se font plus rares, sourit plus facilement.

6^e semaine :

Reçoit la visite de sa mère avec laquelle elle cause normalement.

Le Docteur C. étant entré dans le dortoir, s'arrête instantanément de parler, dès qu'il est reparti, reprend normalement sa conversation. « Il m'a bloquée » explique-t-elle.

Après le déjeuner, se tourne vers une malade pour lui offrir des gâteaux, l'infirmière lui ayant dit de se lever et d'aller elle-même les offrir, se lève, met ses chaussures, va offrir ses gâteaux à la malade avec laquelle elle cause d'une façon tout à fait normale. Le Docteur C. étant revenu, le regarde, baisse la tête et se tait.

Dès qu'il est parti, éclate de rire et dit qu'elle n'aime pas les médecins, sans dire pourquoi. Le Docteur R. étant entré, lui parle. Elle lui répond que les médecins sont gentils et dévoués. Elle reste levée plus de deux heures sans éprouver aucune fatigue.

7^e semaine :

Son comportement est presque normal quoiqu'elle ne veuille plus faire sa toilette seule. Elle demande elle-même pourquoi elle n'arrivait pas à parler. Reçoit très bien sa mère et les médecins qui viennent la voir.

8^e semaine :

Elle essaie de faire la critique de ce qu'elle a eu : « J'étais dans un état de torpeur; je dois me réadapter à tout, à la langue française, parce que j'ai vécu dans une ville flamande ».

9^e semaine :

Elle s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle. Souvent descend au jardin où elle cause avec les infirmières ou même joue au ballon.

10^e semaine :

Explique que pendant sa période de mutisme, elle ne s'est pas ennuyée : « Le temps a passé très vite, elle a revécu plusieurs fois sa vie ».

11^e semaine :

A la suite des conversations avec le Docteur R. présente une fois une attitude rêveuse, une autre fois reste figée, et ne termine pas seule son déjeuner. Mais ces attitudes ne durent pas et par la suite se comporte normalement. Conversations normales avec sa mère, avec le Docteur C. à qui elle n'avait pas voulu causer quelques semaines plus tôt.

12^e semaine :

Elle reçoit presque journellement la visite de sa mère avec qui elle est toujours très gentille. Va même une fois au concert où elle se comporte normalement. Le lendemain, elle s'en déclare très satisfaite.

Le traitement est alors définitivement arrêté (7 avril 1938).

II. RÉACTIONS PHYSIQUES.

Les chocs ont été poussés plusieurs fois jusqu'au coma. Au cours des comas, au point de vue des réflexes, on notait régulièrement une abolition du réflexe achilléen et rotulien, ou leur disparition, la jambe étant en extension, réapparaissant la jambe en flexion.

Fréquemment, on note du strabisme interne de l'œil droit, une fois strabisme divergent; quelquefois promenade lente ou rapide des globes oculaires.

On note du myosis au début de chaque choc important.

Les secousses musculaires ou simples myoclonies, sont localisées surtout aux muscles péribucaux et au menton, avec grimaces, mouvements de succion et de baisers. Elles peuvent s'étendre à tout un membre, surtout le droit, aux quatre membres, ou être généralisées avec morsures de la langue.

L'agitation est quelquefois très marquée. La malade se mord les mains et les bras, à une reprise prend une attitude hystériforme avec grand arc.

Au cours de la deuxième série, on note les mêmes phénomènes, mais sans attitudes hystériformes. A

plusieurs reprises le coma a été poussé jusqu'à la diminution ou l'abolition du réflexe cornéen. A plusieurs reprises, différence entre les réflexes rotuliens droit et gauche, plus affaiblis à gauche.

Existence parfois d'un tremblement palpébral, les yeux fermés, très violent, rapide, assimilable à un clignement.

Quelquefois mouvements brusques, rares, et de faible amplitude, de toute la tête.

A une reprise, on note une mydriase énorme.

COMMENTAIRES.

En somme, à juger d'après l'état présenté *en dehors des séances de choc*, on pouvait dire au bout de la 5^e semaine, qu'Yvonne n'avait guère bénéficié de la cure. Et le petit gain de souplesse qu'elle avait acquis avait complètement disparu au cours de l'interruption forcée du traitement.

Devant un résultat aussi minime, la question s'était posée de savoir s'il convenait de poursuivre un effort qui avait paru donner si peu de résultat apparent.

Sur quoi nous sommes-nous basés pour entreprendre une seconde série de choc chez cette malade ? Uniquement sur la progression des modifications manifestées au cours des séances et dont nous avons donné un résumé semaine par semaine.

L'état de choc provoquait un déblocage manifeste. Celui-ci ne durait pas. Mais chaque déblocage per-

mettait d'assister à une récupération progressive des moyens d'expression, de la réadaptation. Ce processus paraissait nettement progresser de jour en jour, bien que, le choc terminé, il se dissimulât en quelque sorte, derrière la façade catatonique.

Il a fallu, par la suite, un traitement supplémentaire de 12 semaines consécutives, pour abattre la façade catatonique et permettre à la malade de conserver d'une façon durable et qui se maintint en dehors de la période des chocs, une motilité normale et un psychisme qui dès lors put poursuivre sa réintégration.

La fragilité affective d'Yvonne était, au début, énorme. C'est ainsi qu'une fois, contrariée par sa mère, à une période où les progrès étaient déjà manifestes (à la 9^e semaine) l'état catatonique s'était réinstallé pendant 24 heures.

Pendant la plus grande partie du traitement, seuls ceux qui assistaient à la cure, et notaient les modifications quotidiennes, apparues pendant la phase de choc, pouvaient avoir l'impression d'un progrès continu.

En dehors des séances, l'état d'Yvonne paraissait absolument stationnaire, au point que des collègues s'étonnaient qu'on persistât à s'acharner aussi longtemps après une malade, qui ne manifestait apparemment aucun progrès. Ce n'est que vers la fin de la seconde série, que les modifications favorables finirent par dépasser de plus en plus les périodes de chocs, et s'installèrent enfin définitivement pour

toute la journée (vers la 10^e semaine de la seconde série).

La malade quitte rapidement le service, le 15 avril, en état de convalescence. La réadaptation se poursuit alors lentement dans une maison de repos, sous la surveillance d'une garde particulière. En juillet 1938, son comportement et son activité était normaux. Cette rémission dure depuis 11 mois, et les dernières nouvelles reçues de la malade étaient excellentes. Cependant, nous avons conseillé de l'installer en dehors du milieu familial, désuni, très défavorable.

Conduite schématique de la cure.

(OBSERVATION I).

Mlle Y... de S...

		Dose	Coma	Durée de l'hypo- glycémie	Apparition du 1 ^{er} symptôme au bout de :
<i>1^{re} Semaine.</i>					
Lundi	29 novembre 1937.	5		2,40	
Mardi	30 —	10		2,30	
Mercredi	1 ^{er} décembre 37.	15		2,55	1
Jeudi	2 —	20		3,05	1
Vendredi	3 —	25		3,10	1,30
<i>2^e Semaine.</i>					
Lundi	6 décembre	30		3	2
Mardi	7 —	35		3,10	2,30
Mercredi	8 —	40		3	1,35
Jeudi	9 —	45		3	1
Vendredi	10 —	50		3,15	1,30
<i>3^e Semaine.</i>					
Lundi	13 décembre	50		3,05	1,15
Mardi	14 —	50		3	1,15
Mercredi	15 —	50		3	0,30
Jeudi	16 —	50		3	0,45
Vendredi	17 —	50	1 ^{er}	3,55	1
<i>4^e Semaine.</i>					
Lundi	20 décembre	50	2 ^e	4	1,15
Mardi	21 —	55	3 ^e	3,55	1
Mercredi	22 —	55	4 ^e	3,35	1,15
Jeudi	23 —	60	5 ^e	3,35	1,55
Vendredi	24 —	55	6 ^e	3,10	1
<i>5^e Semaine.</i>					
Lundi	27 décembre	50	7 ^e	3,25	1
Mardi	28 —	40	8 ^e	3,40	1
Mercredi	29 —	30	9 ^e	3,15	1
Jeudi	30 —	20		3,05	2,35
Vendredi	31 —	15		3,05	1,20

			Dose	Coma	Durée de l'hypo- glycémie	Apparition du 1 ^{er} symptôme au bout de :
			—	—	—	—
<i>1^{re} Semaine.</i>						
Lundi	17 Janvier 1938.		5		3	
Mardi	18 —		10		3	
Mercredi	19 —		15		3	2,15
Jeudi	20 —		15		3	1,50
Vendredi	21 —		15		3	2
<i>2^e Semaine.</i>						
Lundi	24 janvier		20		3,05	1,30
Mardi	25 —		25		3	2,20
Mercredi	26 —		30		3	2,30
Jeudi	27 —		35		3	1,45
Vendredi	28 —		35		3	2,10
<i>3^e Semaine.</i>						
Lundi	31 janvier		40	1 ^{re}	3,25	1,20
Mardi	1 ^{er} février		40	2 ^e	3,10	2
Mercredi	2 —		40		3	2
Jeudi	3 —		40		2,30	1
Vendredi	4 —		45	3 ^e	3,45	2
<i>4^e Semaine.</i>						
5undi	7 février 1938.		45	4 ^e	3 ^e	1,55
Mardi	8 —		45		3	1,40
Mercredi	9 —		50		3	2
Jeudi	10 —		55	5 ^e	3,10	1
Vendredi	11 —		60	6 ^e	3,05	1,50
<i>5^e Semaine.</i>						
Lundi	14 février		55	7 ^e	2,50	2,10
Mardi	15 —		55	8 ^e	3,05	1,05
Mercredi	16 —		55		3	1
Jeudi	17 —		60		2,50	1
Vendredi	18 —		65	9 ^e	2,15	0,45
<i>6^e Semaine.</i>						
Lundi	21 février 1938.		60		2,40	2,25
Mardi	22 —		60	10 ^e	2,10	1,40
Mercredi	23 —		60	11 ^e	1,55	1,30
Jeudi	24 —		60		1,30	1
Vendredi	25 —		60		1,25	1,10

		Dose	Coma	Durée de l'hypo- glycémie	Apparition du 1 ^{er} symptôme au bout de :
<i>7^e Semaine.</i>					
Lundi	28 février 1938.	60		1,20	0,50
Mardi	1 ^{er} mars	60	12°	2,25	1,10
Mercredi	2 —	60	13°	3	1
Jeudi	3 —	60	14°	3,10	1,10
Vendredi	4 —	60	15°	3,15	1
<i>8^e Semaine.</i>					
Lundi	7 mars	60	16°	3,05	1,35
Mardi	8 —	60	17°	3,10	1,30
Mercredi	9 —	60	18°	3,20	1,30
Jeudi	10 —	60	19°	3,30	1,30
Vendredi	11 —	60		3,05	1,15
<i>9^e Semaine.</i>					
Lundi	14 mars	60	20°	3,15	1,15
Mardi	15 —	55		2,35	1,25
Mercredi	16 —	50		2,15	1
Jeudi	17 —	50		1,50	0,50
Vendredi	18 —	45		2,15	1
<i>10^e Semaine.</i>					
Lundi	21 mars	40		2,10	1
Mardi	22 —	35		2,05	1,15
Mercredi	23 —	30		1,30	0,30
Jeudi	24 —	25		1,30	1
Vendredi	25 —	20		1,30	1
<i>11^e Semaine.</i>					
Lundi	28 mars 1938.	15		1,35	1,15
Mardi	29 —	10		1,30	0,45
Mercredi	30 —	15		1,30	1,15
Jeudi	31 —	20		1,30	1,15
Vendredi	1 ^{er} avril	15		1,30	1,10
<i>12^e Semaine.</i>					
Lundi	4 avril	15		1,30	1,15
Mardi	5 —	15		1,40	0,40
Mercredi	6 —	15		1,50	1
Jeudi	7 —	15		1,40	1
Vendredi	8 —	10		1,30	1,10

CHAPITRE IV.

OBSERVATION II

Madame Mar. Antoinette, née le 11 septembre 1902 en Russie, de parents belges.

Antécédents héréditaires : Père, aveugle à 42 ans (décollement de la rétine à la suite de traumatisme), mort accidentellement à 62 ans.

Mère bien portante, nerveuse.

Antécédents personnels : Traitée par sérum anti-rabique à la suite d'une morsure de chien. Poussées de rhino-pharyngite depuis une rougeole. Etudes secondaires jusqu'à 18 ans, à Moscou. En 1920, revient en Belgique avec sa famille. Son père reste en Russie comme ingénieur. En 1924, liaison avec un étudiant. Epouse en 1929 un ami avec qui elle a des rapports depuis 2 ans. Tous deux sont architectes. En Novembre 1932, partent en Dordogne pour l'édification d'un Sanatorium. Son mari, fatigué, la néglige. Elle le soupçonne de la tromper. Aussi, elle le trompe de son côté tout en restant affectueuse. En Avril 1935, entre dans une fabrique de maquettes à Paris, et ne tarde pas à devenir la maîtresse de son directeur, bien que, dit-elle, elle l'ait « méprisé ».

Début des troubles.

En 1936, très affectée de n'avoir pas obtenu une récompense à un concours d'architecture; devient très émotive, se sent « bouleversée » par le moindre incident. Peu à peu, les troubles s'accroissent. Elle a de la peine à fixer son attention, s'égare dans la rue, se trompe souvent d'autobus. Chez elle, se trouble pour des futilités, pleure souvent.

Le 31 décembre 1936, au milieu de la nuit, se réveille brusquement, *anxieuse*, disant qu'un rayon invisible venant de la Tour Eiffel lui est envoyé par le Directeur de la maison de maquettes. Il a le pouvoir d'émettre des rayons et veut la tuer à distance. Agitée et anxieuse jusqu'à 7 heures du matin. Dans la journée, alors qu'elle est plus calme, va au cinéma et s'étonne de voir rire les gens autour d'elle; aurait voulu en faire autant. Fait de fausses reconnaissances; les personnes du film sont des gens qu'elle a connus en Dordogne. Quelques heures plus tard, elle fait lire à haute voix à son mari, ce qu'elle lit elle-même, pour contrôler qu'elle ne se trompe pas.

De plus en plus agitée et anxieuse. A peur qu'on la tue. Demande qu'on la venge de son Directeur.

Internement, le 6 janvier 1937, à Sainte-Anne, avec le certificat suivant :

« Présente un délire d'influence. Aspect de bouffée délirante, avec idées peu cohérentes d'influence et de persécutions; elle est victime d'un rayon; un certain Monsieur Laurent veut la tuer. On l'a hypnotisée pour tuer quelqu'un d'autre. Vagues idées d'auto-accusation. Ebauche d'un syndrome d'automatisme mental et hallucinations auditives floues.

« Excitation anxieuse : cris, attitudes de désespoir; anxiété paroxystique intense, idées de suicide épisodiques » (D^r PICHARD).

Le 7, on la transfère à Sainte-Anne. A son entrée : « est atteinte de délire aigu; agitation désordonnée; fièvre élevée à 38°9. A maintenir » (D^r GUIRAUD).

Reste à l'isolement pendant une quinzaine de jours, au cours desquels, elle reste très agitée et délirante. Ecrit à son mari : « nous avons des poils qui poussent partout, mon gros intestin est perforé par le thermomètre ».

Son mari vient la voir régulièrement. Au début, ne le reconnaît pas, puis le reconnaît, mais dès qu'il est parti croit qu'il est mort et qu'on va lui faire du mal.

Certificat de quinzaine, le 23 janvier : « Est atteinte de dé-

« lire aigu, confusion, onirisme; agitation motrice, tremble-
« ment. Etat général amélioré, mais encore grave. Dispari-
« tion de la fièvre ».

Transférée à Maison Blanche le 31 mai 1937 : « Démence
« précoce à forme paranoïde catatonique. Idées de négation.
« Son corps est mort; elle est hypnotisée et suggestionnée.
« Signe de la langue de Kraepelin. Obéissance passive avec
« manies négativistes et hypertonie des membres infé-
« rieurs » (D^r PASCAL).

A son entrée à Maison Blanche, on note une désorientation complète dans le temps et dans l'espace. Elle ignore son âge; elle tient des propos de ce genre : « J'avais été dans des chemises avec des boutons électriques. Je sentais que cela ne me faisait pas de mal, au contraire. « Je me faisais faire des rayons ultra-violets, on se moquait toujours de moi. Je me suis sauvée, je cours encore ».

Impossible d'obtenir de réponses précises. Elle répète : « c'est de l'auto-suggestion ». Elle semble avoir des hallucinations auditives et gustatives, et garde son visage immobile en clignant des yeux. Certificat de quinzaine : « Démence
« précoce à forme psycho-sensorielle. Troubles cénesthopa-
« thiques; sensation d'électricité dans tout le corps. Etran-
« geté. Dépersonnalisation. Eveil partiel de la conscience ». Au cours de son séjour à Maison Blanche, elle est restée toujours malpropre, ne se donnant aucun soin, ne faisant pas son lit, s'alimentant tantôt facilement, tantôt très difficilement.

Par moments, très calme, facile à soigner; à d'autres moments, anxieuse. Par intervalles plus ou moins rapprochés, agitée, parfois en colère, menaçante, ayant des paroles agressives, allant jusqu'à frapper les autres malades.

Reste très hallucinée; dit qu'on se moque d'elle, qu'on lui donne des noms grossiers, qu'on lui dit qu'elle a des maladies contagieuses. Il lui semble qu'en regardant les gens et les objets qui l'environnent, ils prennent une forme bizarre.

A toujours de fausses reconnaissances : croit voir sa sœur parmi les malades qui l'entourent; elle est tout étonnée de

la voir arriver de Belgique; s'aperçoit alors qu'elle s'est trompée.

En juin 1937, Mlle le Docteur PASCAL écrit au mari qu'il peut s'agir d'une maladie évoluant depuis longtemps et dont elle ne peut préciser la durée. Le 15 octobre 1937, est examinée, à la demande de la famille, par un psychiatre de Liège qui fait le diagnostic de démence précoce à forme paranoïde et hallucinatoire. Pronostic très réservé.

Le 16 décembre, le D^r BAUDOUIN fait le certificat suivant à fin de transfert pour St-Rémy (asile de chroniques incurables) : « Démence précoce. Excitation épisodique ».

La famille obtient alors son transfert à Ste-Anne pour insulinothérapie. La malade, à cette époque écrivait à sa mère des lettres de ce genre : « Maman Chérie, Bonne tu fus, trop « bonne, et c'est toi que j'aimerai toujours ici, pauvre peau « de chagrin. Mon mouchoir est un mouchoir de poche. « C'est une telle méchanceté. Tu ne vois plus et on se moque « de moi. Ta jeunesse fut malheureuse et ni l'Alsace-Lorraine « ne sauront jusqu'à point on te fait déjà souffrir et jolie tu « fus toujours.

Ton Riss Riss qui t'aime par dessus tout »,

Etat mental au début du traitement par choc insulinique.

Orientation imparfaite. Ne parvient pas à se rappeler son âge. Dit qu'elle est victime de machinations ténébreuses. Se plaint de sensations produites par des courants émis au moyen de machines inconnues. Elle est victime également d'un rayon manié par un homme qu'elle désigne de son nom. Peut-être son mari a-t-il partie liée avec ses ennemis. Peut-être cherche-t-il à se venger d'avoir été trompé. Donne des détails cyniques sur les rapports sexuels qu'elle a eus avec ses divers amants.

A certains moments, expression égarée, répond à ses voix, prend un ton saccadé, devient hostile, agressive, violente. Plusieurs fois camisolée pour tentatives de violences sur les infirmières et les autres malades. Se plaint à plusieurs re-

prises d'être « décortiquée », d'avoir la colonne vertébrale disloquée. A certains moments, douce; se plaint doucement, dit qu'elle souffre le martyr, qu'elle ne veut plus revoir les siens, qu'elle ne sortira pas vivante de l'asile. Sentiment vague d'un état ambivalent. « Je veux et je ne veux pas; je « désire voir mon mari; quand il est là, j'ai envie de le tuer, « je ne sais pas pourquoi ».

A certains moments, très persécutée : « Ce n'est pas la peine de sourire, je vous comprends, vous en savez autant « que moi, c'est inutile de m'interroger, pourquoi toutes ces « hyprocrisies ?... »

S'alimente irrégulièrement.

Etat physique.

Etat général médiocre. Réflexes tendineux normaux. Réflexes pupillaires normaux. Poumons, foie normaux. Examen radiologique des poumons, normal. Légère sensibilité au niveau du point costo-vertébral droit (rein droit).

Bordet-Wassermann : négatif dans le sang.

Urée dans le sang : 0 gr. 32 %.

Le traitement insulinique est commencé le 7 février 1938. Cette première série se termine le 8 avril.

La deuxième série est commencée le 4 mai et se poursuit jusqu'au 14 juillet.

Evolution de l'état mental au cours du traitement par choc insulinique.

Première série.

1^{re} semaine : Pendant les phases de choc, passe par des alternances d'agitation et d'anxiété, déclame, crie, se plaint qu'on lui a brisé les os. Se met à sourire un moment après sur l'intervention du Docteur R... En dehors des chocs, grossière par moments, insulte son infirmière. A d'autres moments, pleure des heures entières, dit qu'elle va mourir.

Deuxième semaine : Plus calme. Ecrit à son mari à deux reprises différentes. Les phases d'agitation sont beaucoup plus espacées; l'anxiété est plus rare.

Troisième semaine : Paraît plus agitée et plus anxieuse. Se plaint d'étouffer à une reprise.

Quatrième semaine : Par moments, de mauvaise humeur. Un matin, jette ses affaires de tous côtés disant qu'elle en a assez de toutes ces histoires (les piqûres), mais malgré tout reste docile au moment de l'injection.

D'autres fois, crie, pleure, gémit, appelle « maman ». Elle est agitée le matin après l'injection. Se calme l'après-midi.

Cinquième semaine : Pendant les phases de choc, s'agite souvent violemment, allant jusqu'à se débattre et tomber à terre. Parle à plusieurs reprises en russe. Appelle « Maman, Maman ». Par moment, anxieuse.

Le jour de la fête de son mari, très forte crise de larmes à son réveil du coma; réclamait son mari pour lui souhaiter sa fête. Se confie volontiers à son infirmière; pleure parce que c'est la fête de son mari, qu'elle se trouve ici, qu'elle voudrait tant être près de lui. Lui écrit une lettre normale.

Sixième semaine : Au début de la semaine, très agitée et hallucinée matin et soir. Déchire son matelas, disant qu'il y a des fils de fer dedans, jette sa bouillotte par terre, répond à ses voix, déclame.

Beaucoup plus calme à la fin de la semaine. Le dimanche, voit son mari, lui parle normalement, s'intéresse à ses livres d'architecture.

Septième semaine : Agitation moins intense, mais a des colères brusques. Interpelle grossièrement un ouvrier qui met une chaîne à une fenêtre, déchire sa chemise en lambeaux. Reçoit très bien son mari, puis sa belle-mère.

Huitième semaine : Paraît plus calme; certains matins, souriante; colères moins fréquentes. Ecrit très souvent à sa famille des lettres bien rédigées. Mais par moments, conversation décousue, passant rapidement d'un sujet à un autre. Toujours hallucinée : « J'entends des gens qui parlent et je ne les vois pas ». Tient le bout de son sein dans sa main : « Je le sens dans le milieu, je le vois à côté ». Demande si elle boit de l'eau de source ou la source elle-même. Voit le

Docteur J..., l'appelle pour lui poser des questions incompréhensibles, incohérentes. Grimace; Serre les poings; grince des dents.

Neuvième semaine : encore agitée par moments. D'autres fois, pleure. Parfois, hallucinée : ne veut pas boire, car elle croit voir une mouche dans son verre.

A la fin de cette première série, la malade était mieux orientée, recevait assez bien son mari et sa belle-mère. Mais elle restait hallucinée, délirante. Les troubles de l'humeur paraissaient plus intenses qu'à son entrée.

Pendant les semaines de repos, cet état avait empiré; il s'était peu à peu installé un état d'opposition croissante. Elle s'alimentait capricieusement et se montrait grossière et violente vis-à-vis du personnel.

Sur l'insistance de la famille, le traitement est repris le 4 mai.

Deuxième série.

1^{re} semaine : De mauvaise humeur; refuse d'aller se laver. Enervée par les bruits qui l'entourent, les autres malades l'agacent. Toujours hallucinée; dit avoir observé chez la malade D..., une pousse de poils au menton. Troubles cénesthésiques intenses. Se plaint de sensations étranges. Réclame parfois violemment sa sortie.

2^e semaine : Le matin, soit de mauvaise humeur, soit très agitée, refusant d'aller faire sa toilette, insulte les autres malades, jette ses couvertures de tous côtés, ses chaussons par la fenêtre, se sauve dans le couloir, revient, se glisse sous le lit, cherche à mordre, profère des grossieretés, se calme un peu au cours du choc, puis appelle « maman, maman », en entrant dans le coma ou en en sortant.

Le soir, agitée, anxieuse, injurie les infirmières, parle en russe, chante l'Internationale, ne veut plus revoir son mari : « Voilà un homme à qui l'on avait promis des enfants. Comment voulez-vous qu'il en ait avec la pourriture que je suis ». « Je suis toute brisée, je suis très malheureuse, je perds tout mon sang (règles) ».

3^e semaine : Certains matins, beaucoup plus calme; quelquefois pleure un moment au sortir du coma. D'autres fois, plus agitée, jette ses affaires dans le dortoir, va courir, nue, dans le couloir. Le soir, souvent agitée, déclame; ou hallucinée, dit qu'on l'électrise, qu'on lui fait sortir des poils du ventre, ou bien qu'on va la faire mourir. D'autres fois, beaucoup plus calme, tricote.

4^e semaine : Beaucoup plus calme. Un seul matin, elle a été agitée et grossière. Coléreuse et anxieuse le soir. Certains jours, parle très calmement.

5^e semaine : Très calme. Atténuation très nette du processus hallucinatoire. Un seul matin a été de mauvaise humeur, un seul soir a été agitée dans la soirée.

6^e semaine : Calme. Règles au début. Gémissements fréquents ou légère agitation à l'approche du coma. A plusieurs reprises, se frotte énergiquement le visage avec les mains en disant : « Ah, mon Dieu, qu'ai-je donc ?... ».

7^e semaine : Plus agitée que précédemment; colère plus fréquentes; injurie une malade qui parle auprès d'elle, jette ses couvertures par terre, se promène nue. Retour des hallucinations et des troubles cénesthésiques. « Mon mari est en bas, il m'attend; c'est net, n'est-ce pas, c'est net. Vous ne l'entendez pas ?... ». Ce sont de fausses malades ici. Pourquoi me tend-on les bras ? »

A plusieurs reprises, après le coma, se touche le visage avec les mains en faisant le geste d'arracher quelque chose.

Dit qu'il y a du sable et des cailloux dans les épinards.

Le samedi et le dimanche (jours de repos), beaucoup mieux, parle toute la journée avec les infirmières et les malades d'une façon normale. Se maquille pour recevoir ses visites.

8^e semaine : Cardiazol au cours de la somnolence (1^{er} et 5^e jours). Au réveil, dit parfois « Maman, Maman », puis évoque des souvenirs de jeunesse en parlant avec attendrissement. Réapparition des troubles cénesthésiques. « J'ai mal dans le dos, toutes mes vertèbres sont cassées; j'ai la colonne

« vertébrale brisée, disloquée ». Puis pousse de véritables hurlements. Après la friction qui suit le réveil, se calme. Le soir, se plaint toujours de sa colonne vertébrale ainsi que le lendemain.

Le surlendemain, beaucoup plus gaie, mais demande tout de même une friction supplémentaire dans le dos. Se laisse soigner les dents.

Un matin, au sortir du coma, très agitée. Interpelle une malade qu'elle accuse de trop regarder son mari; se lève, puis veut qu'on lui fasse son lit, parce qu'elle est « paralysée ».

A la fin de la semaine, au moment de la visite de sa belle-mère et de son mari, pousse des hurlements « parce qu'on lui a cassé la colonne vertébrale et qu'elle ne peut plus bouger ».

Pour la calmer, on lui applique tous les jours des compresses chaudes sur le dos, après le coma.

9^e semaine : Beaucoup plus calme quoiqu'encore agitée par moments. Au cours de ces moments d'agitation, elle parle russe ou appelle « Maman, maman ». Léger ictère.

Commence à faire une critique parfaite des moments ayant précédé sa maladie. Elle évoque son séjour à Arcachon, son séjour à Paris au cours duquel elle trompe son mari, jusqu'à la nuit du 31 décembre. « Je me sentais mal, j'avais l'impression qu'un courant électrique venait de la Tour Eiffel (qu'on voyait de ma fenêtre). J'ai dit, nous sommes soumis à 4 rayons, trois pour moi, un pour mon mari; c'a été le début de mes troubles ».

Consciente des troubles actuels : « Ce qui reste maintenant, c'est la chose suivante : j'ai des colères que je trouve exagérées, je me mets à marcher de long en large j'ai envie de casser des objets; c'est plus fort que moi. C'est la seule vue des malades qui m'exaspère; je pense que dehors je n'aurai pas ces colères. Les sensations anormales que j'éprouvais à Maison Blanche ont disparu. La seule chose qui subsiste c'est une impression désagréable de la bouche; je ne sais si c'est au niveau de la langue ou des dents; on dirait que c'est du calcaire, c'est une image car je sais que la langue ne peut

émettre du calcaire. C'est la seule impression anormale qui persiste.

10^e semaine : Moins bien qu'au cours de la semaine précédente. Par moments, très agitée, fait de la musique avec sa timbale et danse en même temps. Refuse de faire sa toilette; chante l'Internationale. A d'autres moments, elle est plus calme, tricote, reçoit très bien sa belle-mère, mais traite une autre personne qui vint la voir d'aristocrate et lui dit le mot de Cambronne.

Présente encore des troubles cénesthésiques, se fâche contre le soleil parce qu'il la « pénètre » et que ça lui fait mal. « Lorsqu'on mange à côté de moi, il me semble recevoir la sauce ». A plusieurs repriss, après les séances de choc, prononce des mots sans suite : « Vous l'avez trop fait souffrir ce gamin... Je ne veux pas cette averse... Il y a des fils partout, c'est pour jouir... ». Ecrit à une amie, une lettre parfaitement correcte.

11^e semaine : Le matin, d'assez mauvaise humeur, très changeante dans le courant de la journée, rit pleure, ou plus calme, tricote.

A la fin de cette semaine, le traitement est arrêté. D'une façon générale, il y a une amélioration certaine : les hallucinations ont disparu, les propos sont cohérents, la malade est capable d'une critique presque complète des idées délirantes antérieures.

Cependant, il subsiste des troubles graves de l'humeur et du comportement. Colères violentes immotivées. S'exaspère pour des futilités, parfois d'une grossièreté extrême. Pleure rit sans raisons apparentes.

Réclame sa sortie avec insistance et se déclare certaine de ne jamais sortir. Mais reste en général très calme avec ses visites. Se comporte tout à fait normalement avec son mari, sa belle-mère et le Docteur R.

Est alors examinée en vue d'une sortie éventuelle par le Professeur CLAUDE. Au cours de cet examen, son comportement est tel que sa sortie est refusée et que l'on a l'impression que le traitement a abouti à un échec.

Voici le résumé de cet examen :

D. Comment vous sentez-vous ?

R. Très bien.

D. Avez-vous été malade ?

R. Je ne suis pas malade.

D. Vous sentez-vous mieux ?

R. Je souffre des dents.

D. Mais avez-vous souffert d'autre chose ?

R. Oui, d'être ici.

D. Mais ce n'est pas une maladie !

R. Cela le deviendra si je reste plus longtemps.

D. Où voulez-vous aller ?

R. A Arcachon.

D. Où cela ?

R. Non, à la montagne.

D. Mais enfin, où pensez-vous aller ?

R. Mais, je ne sais pas, avec mon mari...

D. Mais, où cela ?

R. Mais non, c'est mon frère qui est à Arcachon ?

D. Pourquoi parlez-vous de votre frère ?

R. Je ne sais pas, je voulais dire qu'il venait de la montagne.

D. Mais c'est de vous qu'il s'agit. Que comptez-vous faire en sortant d'ici ?

R. Rien (Elle pleure). Je ne sais plus... Laissez-moi... Je ne sortirai jamais... On ne veut pas que je sorte.

La malade s'excite, tient des propos incohérents, on l'emmène. Remontée dans sa chambre, elle s'agite, se lamente, disant qu'elle avait été impolie avec le Professeur, qu'elle était furieuse de cette entrevue, qu'elle ne sortirait jamais.

Le lendemain, plus calme, elle explique ce qui suit :
« Quand je suis entrée dans le bureau, j'ai été très intimidée de voir le Professeur derrière sa table, entouré de tous ces messieurs. Je me suis affolée. Je n'ai plus eu qu'une pensée : sortir au plus vite de ce bureau en disant n'importe quoi. Très troublée, gênée de tous ces regards qui convergaient vers moi, lorsqu'on m'a demandé ou j'irai en sortant, j'ai soudainement pensé à mon frère que j'avais été chercher

à la gare il y a quelques années. Malade, il avait été envoyé à la montagne et devait repartir pour Arcachon. En répondant, j'ai tout mêlé : mon mari m'avait dit qu'il m'enverrait à la montagne en sortant d'ici. En disant cela j'ai pensé à mon frère, j'ai parlé d'Arcachon, je ne savais plus s'il s'agissait de moi ou de mon frère. J'ai dit n'importe quoi et l'émotion me faisait pleurer et bredouiller... ».

Sur l'insistance de son mari, et bien que le comportement de la malade eût été assez anormal durant plusieurs jours, la sortie est néanmoins accordée une dizaine de jours plus tard. La malade part pour la montagne et son état fait des progrès rapides. A son retour à Paris, les troubles du comportement avaient complètement disparu.

En octobre, elle menait une vie absolument normale, s'occupant de son ménage. En novembre, elle accepte un emploi dans un bureau d'architecte et travaille depuis, régulièrement. Nous l'avons revue à plusieurs reprises et en mars 1939 elle était dans un état parfait. Son mari et sa mère disent que son caractère est plus égal qu'avant sa maladie, qu'elle paraît « avoir mûri ». On est très satisfait de son travail qui nécessite application, initiative et facultés d'invention.

PRINCIPALES MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES AU COURS DU TRAITEMENT.

Les modifications des réflexes se manifestent pendant une courte période par des réflexes rotuliens vifs, alors que les achilléens sont normaux. Très fréquemment, on note une abolition des réflexes cornéens, alors que les réflexes tendineux sont normaux. Enfin, le réflexe de l'extension de l'orteil (signe de Babinski) s'est manifesté à plusieurs reprises, une fois à droite, alors qu'il était en flexion à gauche, la plupart du temps, des deux côtés à la fois.

Au niveau des pupilles, alternances de mydriase et de myosis. Parfois une pupille est en mydriase, l'autre en myosis.

Les phénomènes convulsifs se sont manifestés sous forme de simples myoclonies localisées aux muscles péri buccaux, aux doigts. Promenade lente ou rapide des globes oculaires pendant l'état précomateux. Manifestations plus prononcées : secousses musculaires d'un bras ou des membres inférieurs, morsure de la langue.

Enfin, on a noté de véritables crises convulsives, une fois avec urination. Parfois, contracture de tout le corps ou des membres inférieurs, avec, à deux reprises, torsion de la tête vers l'épaule gauche.

Les phénomènes de paralysie ont consisté en un strabisme transitoire, strabisme interne survenant au moment du coma.

Enfin, à une reprise, on note du nystagmus horizontal intense.

COMMENTAIRES.

Il s'agit dans ce cas d'une psychose de type paranoïde évoluant avec des signes nets de dissociation schizophrénique. Début par malaise indéfinissable, troubles de la conduite, instabilité de l'humeur, puis apparition assez soudaine d'un syndrome d'action extérieure évoluant vers un état de désagrégation avec des phénomènes psycho-sensoriels et des idées

délirantes niaises et mal systématisées. Enfin attitude de plus en plus opposante et agressive, et épisode catatonique. Cette évolution durant depuis près de deux ans reproduisait un tableau classique confirmé par les nombreux examens subis par la malade.

Les diagnostics successifs de psychose paranoïde, de démence précoce ou démence hébéphrénocatatonique, de schizophrénie, avaient été portés à l'Hôpital Henri Rousselle, à l'admission de l'Asile Sainte-Anne, à l'Asile de Maison Blanche et à la Clinique.

Il est donc difficile de nier qu'on se trouvait en présence d'un état à classer dans la schizophrénie ou la démence précoce.

Malgré 19 comas profonds et prolongés, la première phase du traitement, d'une durée de 9 semaines, avait donné un résultat décevant : l'élément confusionnel avait disparu, mais les phénomènes psycho-sensoriels et le processus délirant subsistaient. Le comportement, par contre, s'était aggravé et prenait toutes les apparences de la démence.

Nous étions certains d'être en présence d'un échec et considérions la malade comme un exemple de ces cas sur lesquels le choc insulinique ne produit aucun effet appréciable.

Sur l'insistance extrême de la famille (nous l'avouons sans fausse honte, car ce fut le seul élément qui nous y incita) nous reprîmes le traitement sans espoir, mais avec le désir de mener la cure aussi loin que nous le pourrions.

Cette seconde phase dura douze semaines et donna

lieu à 19 comas. A la huitième semaine nous provoquâmes en outre une crise convulsive par injection de 0 gr. 50 de Cardiazol. Nous obtinmes alors une amélioration manifeste, mais qui nous parut d'abord assez superficielle : disparition des phénomènes psycho-sensoriels et de la plupart des idées délirantes. Mais persistance et même aggravation sur certains points des troubles de l'humeur, de l'irascibilité, de l'agressivité. Et apparition inquiétante de tendances interprétatives d'ordre hypochondriaque.

Malgré ce tableau d'apparence peu encourageante, nous fûmes frappés par la transformation profonde de l'attitude de la malade à l'égard de son mari, de sa famille et d'un médecin traitant. Nous acceptâmes en partie l'opinion de la famille qui attribuait les troubles de l'humeur à l'irritation de la malade de se voir encore internée.

Lorsque nous parlons de la persistance des troubles de l'humeur nous commettons en effet une certaine erreur. Ces troubles étaient les mêmes en apparence, mais leur mécanisme avait peu à peu changé complètement : durant la première phase, ils étaient en rapport avec le processus délirant, avec l'autisme du sujet et paraissaient « immotivés ». Par la suite, ils correspondaient de plus en plus avec des excitations venant du milieu extérieur.

Vers la fin de la deuxième phase, ils avaient fini par représenter un certain degré de syntonie avec l'ambiance. De plus en plus, il ne s'agissait que de réactions excessives, traduisant l'extrême fragilité

affective si souvent signalée chez ces malades au sortir du traitement.

Cette fragilité ne donna-t-elle pas sa preuve lors de l'examen qui fit différer la sortie, lorsqu'une crise émotive conféra à la malade les apparences d'un comportement démentiel ?

Dix jours après cet incident qui pouvait faire douter de la valeur des progrès accomplis, la malade sortait néanmoins, en sortie d'essai et avec les plus extrêmes réserves de notre part.

Dès sa sortie, son comportement s'améliora. Elle eut tout au plus deux ou trois colères pendant la première semaine, et depuis neuf mois son comportement est absolument normal. La malade a repris ses occupations d'architecte et s'occupe de son intérieur de façon parfaite. Nous la revoyons régulièrement et n'avons pu déceler aucun trouble si minime soit-il. D'après sa famille, son caractère se serait amendé. Elle serait moins instable qu'avant sa maladie, bien qu'elle ait retrouvé toute sa vivacité d'esprit et toutes ses capacités affectives.

Cette observation nous montre l'importance qu'il y a, au cours du traitement, à ne pas se contenter de noter le syndrome apparent, mais à tenter d'en analyser le mécanisme. Un moment vient où les mêmes symptômes peuvent prendre une signification différente. Cette évolution du substratum psychologique de certaines manifestations peut constituer, à un certain moment, le seul élément qui puisse nous fixer sur l'efficacité de la cure et nous encourager à la poursuivre.

Conduite schématique de la cure.

(OBSERVATION II).

Madame M...

		Dose	Coma	Durée de l'hypoglycémie	Apparition du 1 ^{er} symptôme au bout de :
<i>1^{re} Semaine.</i>					
Lundi	7 février	10		3	2,05
Mardi	8 —	15		3	1,35
Mercredi	9 —	20		3	1,20
Jeudi	10 —	25		3	1,15
Vendredi	11 —	30		3	1
<i>2^e Semaine.</i>					
Lundi	14 février	35		3	1,10
Mardi	15 —	40		3,5	1
Mercredi	16 —	45		3	1
Jeudi	17 —	50		3	1
Vendredi	18 —	55		3	1
<i>3^e Semaine.</i>					
Lundi	21 février	60	1 ^{er}	3	1
Mardi	22 —	60		3	1
Mercredi	23 —	65		3	0,30
Jeudi	24 —	65		3,45	1
Vendredi	25 —	70	2 ^e	3	0,45
<i>4^e Semaine.</i>					
Lundi	28 février	65		3,05	0,40
Mardi	1 ^{er} mars	70	3 ^e	3,30	0,45
Mercredi	2 —	70		3,45	0,40
Jeudi	3 —	75	4 ^e	3,15	0,25
Vendredi	4 —	75	5 ^e	3	0,45
<i>5^e Semaine.</i>					
Lundi	7 mars	75	6 ^e	3,20	0,45
Mardi	8 —	75	7 ^e	3,15	1,85
Mercredi	9 —	75	8 ^e	3,30	1
Jeudi	10 —	75	9 ^e	3,45	0,45
Vendredi	11 —	75	10 ^e	3	0,30

			Dose	Coma	Durée de l'hypo- glycémie	Apparition du 1 ^{er} symptôme au bout de :
			—	—	—	—
			6 ^e Semaine.			
Lundi	14	mars	75	11 ^e	2,50	0,35
Mardi	15	—	75	12 ^e	3	1
Mercredi	16	—	70		3,10	0,50
Jeudi	17	—	70	13 ^e	3,10	1
Vendredi	18	—	70	14 ^e	2,35	0,35
			7 ^e Semaine.			
Lundi	21	mars	65	15 ^e	3,40	1
Mardi	22	—	60	16 ^e	3,55	1
Mercredi	23	—	55	17 ^e	3,10	1
Jeudi	24	—	55	18 ^e	3,15	0,45
Vendredi	25	—	50		3,15	1,20
			8 ^e Semaine.			
Lundi	28	mars	40		4,25	2
Mardi	29	—	35		3,30	
Mercredi	30	—	30		3	1
Jeudi	31	—	30	19 ^e	3,55	2,10
Vendredi	1 ^{er}	avril	35		3	1
			9 ^e Semaine.			
Lundi	4	avril	15		3	
Mardi	5	—	15		3,05	
Mercredi	6	—	15		3	
Jeudi	7	—	15		3	
Vendredi	8	—	10		2,20	
			1 ^{re} Semaine.			
Lundi	2	mai				
Mardi	3	—				
Mercredi	4	—	10		3	
Jeudi	5	—	15		3,20	
Vendredi	6	—	20		3	2,05
			2 ^e Semaine.			
Lundi	9	mai	25		3	1,30
Mardi	10	—	30		3	1
Mercredi	11	—	35		3	1
Jeudi	12	—	40		3	1,10
Vendredi	13	—	45		3	1

			Dose	Coma	Durée de l'hypo- glycémie	Apparition du 1 ^{er} symptôme au bout de :
			—	—	—	—
<i>3^e Semaine.</i>						
Lundi	16	mai	50		3	1,30
Mardi	17	—	59		3,05	1,15
Mercredi	18	—	60		3,10	1,20
Jeudi	19	—	65		3,10	1,15
Vendredi	20	—	70	1 ^{er}	3,10	1
<i>4^e Semaine.</i>						
Lundi	23	mai	75		3,05	1
Mardi	24	—	80	2 ^e	3,20	1,15
Mercredi	25	—	75	3 ^e	3	1
Jeudi	26	—	75	4 ^e	3	0,40
Vendredi	27	—	75		3,20	1
<i>5^e Semaine.</i>						
Lundi	30	mai	80	5 ^e	3	0,55
Mardi	31	—	80	6 ^e	3,15	0,45
Mercredi	1 ^{er}	juin	80	7	2,45	0,45
Jeudi	2	—	80	8 ^e	3,20	1,15
Vendredi	3	—	80		3	1
<i>6^e Semaine.</i>						
Lundi	6	juin	80		2,10	1,10
Mardi	7	—	75	9 ^e	3	1,15
Mercredi	8	—	70	10 ^e	3,15	1
Jeudi	9	—	65	11 ^e	3	0,45
Vendredi	10	—	60	12 ^e	3	0,45
<i>7^e Semaine.</i>						
Lundi	13	juin	55		2,30	0,45
Mardi	14	—	55	13 ^e	2,45	0,30
Mercredi	15	—	60	14 ^e	3	1
Jeudi	16	—	55	15 ^e	3	1,15
Vendredi	17	—	55	16 ^e	3,0	1

			Dose	Coma	Durée de l'hypo- glycémie	Apparition du 1 ^{er} symptôme au bout de :
			—	—	—	—
<i>8^e Semaine.</i>						
Lundi	20	juin	55	Cardiazol	3,05	1,30
			+ (0,50)			
Mardi	21	—	55		2,25	1,15
Mercredi	22	—				
Jeudi	23	—	55	17 ^e	2,45	1
Vendredi	24	—	50	18 ^e	3	1

<i>9^e Semaine.</i>						
Lundi	27	juin	45	19 ^e	3,10	1,15
Mardi	28	—	40		2,15	0,50
Mercredi	29	—				
Jeudi	30	—	40		2,40	1,05
Vendredi	1 ^{er}	juillet				

<i>10^e Semaine.</i>						
Lundi	4	juillet				
Mardi	5	—				
Mercredi	6	—	35		3	1
Jeudi	7	—	30		3,05	1,50
Vendredi	8	—	25		3,40	

<i>11^e Semaine.</i>						
Lundi	11	juillet				
Mardi	12	—				
Mercredi	13	—				
Jeudi	14	—	15		2	0,35
Vendredi	15	—				

CHAPITRE V.

CONSIDERATIONS GENERALES

On a pu voir, d'après les deux exemples précédents, quelle variabilité peuvent présenter les processus de guérison amorcés par une cure de choc insulinique dans un syndrome schizophrénique.

Dans le cas d'Yvonne de S., l'examen de la malade pratiqué en dehors des séances hypoglycémiques, ne pouvait déceler aucune amélioration pendant de longues semaines. Seules l'importance croissante des phases de déblocage apparues pendant de courts instants à la faveur du choc hypoglycémique prouvait l'action favorable de ce dernier.

Il a fallu, comme on l'a vu, plusieurs mois consécutifs d'un traitement poursuivi sans défaillance pour arriver à stabiliser ce qui, pendant une première cure n'avait consisté qu'en de courtes éclaircies.

Dans le cas d'Antoinette Mar., la première série de chocs avait plutôt donné l'impression d'une aggravation.

Au cours de la deuxième série, nous avons assisté à l'évolution progressive du fonds mental, alors que l'apparence symptomatologique n'avait guère paru

modifiée. Seule, l'analyse du substratum psychologique des réactions psychopathiques nous a finalement convaincus qu'un progrès décisif, bien que difficilement perceptible, avait été réalisé au cours de la cure. On a vu comment, seule l'épreuve de la sortie, avait donné la preuve de la réelle efficacité du traitement suivi.

De l'étude d'ensemble de ces deux cas, aucune règle ne peut être dégagée, nous permettant d'établir des principes à suivre pour déterminer la durée d'une cure et décider d'une prolongation importante de celle-ci lorsqu'elle n'a pas été suivie d'une amélioration nettement perceptible.

Là encore, il n'y a que des cas d'espèce.

Que ce soit au point de vue de ses modalités d'application ou même de l'appréciation des résultats, on voit, lorsqu'on a utilisé le choc insulinaire, qu'il faut toujours considérer chaque cas individuellement et s'attacher à l'analyse en profondeur des mécanismes psychopathiques offerts à notre observation.

Il est certain que dans l'un et l'autre de ces cas, si nous nous en étions tenus à l'apparence, les résultats médiocres ou franchement négatifs obtenus après la première série de chocs, ne nous auraient pas incité à poursuivre la cure.

On a vu quels éléments, somme toute d'appréciation difficile nous avaient encouragés à poursuivre un effort qui, finalement, avait été couronné de succès.

CONCLUSIONS

I. — Dans certains cas, il est nécessaire de prolonger la cure par choc insulinique au delà des limites moyennes habituelles.

II. — Il n'existe pas de critère indiquant l'échec certain de la cure, lorsque la rémission ne s'est pas affirmée au bout d'un temps donné.

III. — Seules, des impressions cliniques peuvent inciter à poursuivre une cure paraissant aboutir à un résultat douteux.

IV. — La multiplication des séances de chocs d'une durée moyenne (3 à 4 heures) permet d'obtenir des résultats analogues à ceux rapportés par les auteurs qui préconisent des comas d'une durée de 24 à 36 heures.

V. — Contrairement à l'opinion de certains auteurs, nous croyons que le traitement par choc insulinique peut être efficace tout en restant inoffensif et que son efficacité, en tous cas, n'est pas du tout en rapport avec le danger couru par le malade.

VI. — Bien qu'il soit évident qu'il faille atteindre une certaine intensité de coma dans quelques cas, il faut éviter de prolonger ce dernier dans des proportions telles que soient réalisées les conditions susceptibles de provoquer des complications dangereuses et des lésions irréversibles.

VII. — La répétition très prolongée de chocs ou de comas d'intensité, même très grande, mais de *durée raisonnable* n'offre aucun inconvénient pour le malade.

VIII. — Une pareille méthode constitue le seul moyen efficace d'aboutir, sans danger, à un résultat favorable dans certains cas réfractaires aux cures de durée habituelle (deux à trois mois).

Vu : Le Président de Thèse,
H. CLAUDE.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I. — <i>Introduction</i>	1
CHAPITRE II. — <i>Objet de la Thèse</i>	10
CHAPITRE III. — <i>Observation I.</i>	12
Etat mental et physique au moment du traitement par choc insulinique	14
Processus du traitement :	
1) Modifications du comportement au cours de la cure	15
2) Réactions physiques	19
Commentaires	20
Conduite schématique de la cure	23
CHAPITRE IV. — <i>Observation II.</i>	26
Etat mental au début du traitement	29
Processus du traitement :	
1) Evolution de l'état mental au cours de la cure	30
2) Principales manifestations neurologiques	37
Commentaires	38
Conduite schématique de la cure	42
CHAPITRE V. — <i>Considérations générales</i>	46
CHAPITRE VI. — <i>Conclusions</i>	48

